

### Formulario de autorización médica

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de cumpleaños: \_\_\_\_\_

Nombre(s) anterior(es): \_\_\_\_\_

Número de seguridad social: \_\_\_\_\_

**Yo autorizo:** \_\_\_\_\_

Nombre de la persona, organización o proveedor designado

Dirección / Número de teléfono

#### Para divulgar mi información de atención médica a

**Yo autorizo:** \_\_\_\_\_

Nombre de la persona, organización o proveedor designado

Dirección / Número de teléfono

Método de liberación:

Copia en papel  
Correo o recogida

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

**Información que se publicará:** Todos los registros médicos Todos los registros de facturación médica Informes de rayos X e imágenes**Fechas de tratamiento:** Todas las fechas **Fechas Específicas:** \_\_\_\_\_**Otro:** \_\_\_\_\_

1. Entiendo que se requiere mi consentimiento expreso para divulgar cualquier información de atención médica relacionada con pruebas/diagnósticos y/o tratamiento para el VIH (virus del SIDA), enfermedades de transmisión sexual, trastornos psiquiátricos/salud mental o uso de drogas y/o alcohol. Si he sido examinado, diagnosticado o tratado por VIH (Virus del SIDA), enfermedades de transmisión sexual, trastornos psiquiátricos/salud mental o uso de drogas y/o alcohol, usted está específicamente autorizado a divulgar toda la información de atención médica relacionada con dicho diagnóstico, prueba o tratamiento.
2. Entiendo que autorizar la divulgación de esta información de salud es voluntario y usted tiene mi consentimiento para divulgar registros médicos para todas las fechas, incluidas todas las pruebas de diagnóstico de cualquier tipo e informes, historial, hospitalización, diagnóstico, pronóstico, tratamiento, medicamentos y registros de farmacia, correspondencia, consultas, declaración de cargos o gastos. Todos y cada uno de los informes de cualquier tipo o carácter.
3. Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización por escrito. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya se haya divulgado en respuesta a esta autorización. Entiendo que la revocación no se aplicará a mi compañía de seguros cuando la ley le otorgue a mi aseguradora el derecho de impugnar un reclamo bajo mi póliza. Para revocar una autorización, puedo completar un formulario de revocación disponible en el centro/proveedor o escribir una carta al centro/proveedor.
4. Entiendo que una vez que la información de salud que autorice que se divulgue llegue al destinatario indicado, esa persona u organización puede volver a divulgarla, momento en el cual es posible que ya no esté protegida por las leyes de privacidad.
5. Entiendo que la información autorizada para divulgación puede incluir registros que pueden indicar la presencia de una enfermedad transmisible o no transmisible.
6. Entiendo que no tengo que firmar esta autorización para obtener beneficios de atención médica (tratamiento, pago o inscripción).

**Esta autorización vencerá a los 90 días a partir de la fecha de la firma. Una copia o facsímil de esta autorización se considerará verdadera y válida como original.**

 \_\_\_\_\_  
 Firma del Paciente o Representante Legal

 \_\_\_\_\_  
 Fecha

 \_\_\_\_\_  
 Si está firmado por el representante legal, relación con el paciente

 \_\_\_\_\_  
 Testigo